MEDIZINISCHE MONATSHEFTE

SHANGHAI

HERAUSGEBER: DR. PAUL SALOMON. M·D· · DR. EGON GOLDHAMMER M·D·

HEFT 1 Jahrgang II. **JANUAR 1941**

Inhalt:

Verlag der MEDIZINISCHEN MONATSHEFTE SHANGHAI
Dr. Kurt Raphael Ph.D., Rte. des Soeurs 78. Phone 75168.
Anschrift der Schriftleitung: Dr. Paul Salomon M.D., Wayside Road 335. Phone 50792.
Dr. Egon Goldhammer M.D., Chaoufoong Rd. 680. Phone 51997.

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI (SHANGHAI MEDICAL MONTHLY)
registered at the S.M.P. and the P.Fr.

... dem Inhalt der frueheren Hefte:



NEO-SYPHARSAN

(NEOARSPHENAMINE)

新惜花散

Neo-Sypharsan is a specific remedy for Syphilis, Vincent's Angina, Framb esia or Yaws, Relapsing Fever, Rat-bite Fever, Malignant Malaria, and other diseases due to Spirochaetes.

Neo-Sypharsan is,

1. Absolutely Standardized
2. Perfectly Safe,
3. Highly efficient,

Manufacturer
Yang's Chemo-Therapeutic Institute
General Agents
SINE LABORATORY CO., LTD.



The material of this product is supplied and standardized by The International Vitamin Corporation U. S. A.

Each gram of Halisun Strong contains 60,000 I. U. of Vitamin A. and 12,000 I. U. of Vitamin D. Halisun & Halisun Strong are good for the entire year. It is especially effective for general bodily weakness, tuberculosis, and all kinds of respiratory trouble, rickets, under-nourishment, etc,

manufactured by
SINE LABORATORY CO., LTD.
Obtainable in all Dispensaries

Out Patient Department

66 Alcock Road.

Bericht vom 8. 12. 1940 - 18. 1. 1941.

	Maenner	Frauen	Kinder	Gesamt
Ambulanz	1318	607	118	2043
Visiten	45	51	15	111
Impfungen	—	—	—	—
Infektionsfälle	2	2	—	4
Hospitalfälle	13	5	3	21
Gesamt:	1378	665	136	2179

Heimstand am 18 1.1941.: 286 Männer, 76 Frauen, 20 Kinder, gesamt 382

Out Patient Department

680 Chaoufoong Road

Bericht vom 23. 12. 1940 - 19. 1. 1941.

Ordinationen	1160
Visiten	67
Impfungen	2
Hospitalfälle	27
Gesamt	1256

Heimstand am 19. 1. 1941:

241 Manner, 183 Frauen, 70 Kinder, gesamt 494.

Out Patient Department

1090 Pingliang Road

Bericht vom 22. 12. 1940 - 18. 1. 1941.

1167 Krankheitsfälle, darunter
28 Spitalfälle.

In der Berichtszeit kein Todesfall, alle Bewohner gegen Pocken geimpft.

Heimstand am 18. 1. 1941:

541 Männer
72 Frauen
25 Kinder, ferner
19 Personen im Spital.
657 insgesamt

MEDIZINISCHE MONATSHEFTE SHANGHAI

SHANGHAI MEDICAL MONTHLY

Organ of the C.A.E.J.R. - MEDICAL BOARD.

HEFT 1 Jahrgang II. **JANUAR 1941**

Dermatophytose der Haende und Fuesse.

Von F. Reiss M.D.

Professor für Dermatologie und Syphilologie,
National Medical College, SHANGHAI

Synonyme: Epidermophytosis, Hongkongfuss, Shanghaifuss, Athletenfuss (U.S.A.), Mal des piscines (Frankreich), Mango toe (Ceylon), Frieira (Brasilien).

Geschichte der Dermatophytose in China.

China mit seiner uralten Kultur kann sich rühmen, bereits im 17. Jahrhundert unter der Regierung des Ming-Kaisers Wan Li (1615) eine sorgfältige klinische Beschreibung der interdigitalen Mykose durch Chen Shi Kung in einem Werk "Wai Ko Chen Tsung" geliefert zu haben. Chen sieht die Ursache der Krankheit in einer Ansammlung von feuchter Hitze im Magen, als deren Folge die Füsse befallen würden. Er beschreibt die Krankheit, die mit einem weissen Fleck beginne, der allmählich in Fäulnis übergehe, stark juckend im Anfang, später schmerzhaft würde und von Absonderung einer schmutzigen, riechenden Flüssigkeit begleitet sei. In ernsteren Fällen schwillt der Fussrücken auch an. Die massgebende medizinische Literatur Chinas, soweit sie mir durch die Liebenswürdigkeit Dr. K. C. Wongs zugängig war, verzeichnet die Krankheit weiter nicht. Unter den einheimischen Praktikern ist sie bekannt unter den Namen Tsu Kuo (Wolf; Intertrigo), Lan Chiao Ya (interdigitale Fäulnis) oder Hsiu tien lo (stinkende Schnecke; so von Chen Shi Kung zuerst bezeichnet). Das häufigste von Kräuterärzten verwendete Mittel ist eine Lösung von getrockneten Schalen von Baumgrillen in Canton-Essig und wird bei mykotischer Infektion der Nägel sehr gelobt. Die erste wissenschaftliche Arbeit über die Krankheit in China wurde 1908 von *Sir James Cantlie* veröffentlicht, der sie Fuss-Flechte (foot-tetter) nannte, und erst 1919 gelang es *H. Dold* in 14 von 31 Fällen das Epidermophyton inguinale zu isolieren. Er unterschied bereits vier Haupttypen a) die vesikuläre, b) die chronisch intertriginöse, c) die chronisch hyperkeratotische und d) die Pyodermie. Dold gelanges überdies, die Krankheit zweimal experimentell hervorzurufen. *Frazier* berichtete 1925 über seine Untersuchungen bei dem Auftreten der Krankheit in Peking und fand als häufigste Organismen das Epidermophyton cruris, während von den Trichophyten-Arten zahlreiche Gruppen isoliert wurden. Als Quelle der Erkrankung bezeichnet er die üblichen Strohsandalen und ist hinsichtlich der Heilerfolge recht pessimistisch, da "die gänzliche Ausrottung der Infektion praktisch unmöglich ist, trotz jedweder Behandlung. Einige Fälle leichter Infektion werden zweifellos dauernd geheilt. Die Mehrzahl jedoch bekommt Rückfälle oder Neu-Infektionen, und die Behandlung kann daher nur eine palliative sein." *Kurotchkin* und *Chen* fanden bei der mykologischen die von über hundert Fällen (1931) als wichtigstes das Epidermophyton rubrum; lich wurde das Trichophyton pedis Alpha und Beta, sowie E. inguinale isoliert.

Historisches zur Aetiologie der Mykosen.

Bierensprung war der erste, der (1855) Pilz-Elemente in den Schuppen von
:ema marginatum (epidermophytosis inguinalis) feststellte, doch *Hebra* erwähnte
ı seinen Entdeckungen nichts, bis *Harz* 1871 die erste Kultur gelang; er nannte den
ganismus Acrothecium floccosum. *Moukhtar* gab ihm bei seiner Ueberprüfung 1891
ı Namen Epidermophyton floccosum. *Castellani* erzielte ähnliche Resultate 1905
l nannte den Pilz Tr. inguinale; schliesslich änderte 1907 *Saboureaud* die Bezeich-
ıg in E. inguinale ab. Endlich isolierte 1916 *Marie Kaufmann-Wolff*, die den rein
ematösen Charakter der dem Ekzem marginatum ähnlichen Erkrankungen an Händen
l Füssen anzweifelte, in etwa 22% aller Fälle das E. inguinale. Derselbe Pilz wurde
interdigitalen Veränderungen von *Priestley* in Australien gefunden und als Tr.
erdigitale bezeichnet. Eine ganze Reihe von Pilzen wurde unter verschiedenen
men beschrieben, die sich bei späterer Nachprüfung als leichte Abarten des E.
uinale erwiesen. *Lee McCarthy's* E. clypeiforme, plurizoniforme, lanorosum, gypseum
gen grosse Aehnlichkeit mit dem E. inguinale. Dasselbe gilt für *Nicolau's* Tr.
carum, das von *Plaut* als E. inguinale identifiziert wurde, und für *Vilas-Boas'* E.
gricans, das ebenfalls nur eine leichte Farbverschiedenheit von E. inguinale sein
rfte. Die 1914 erfolgte Entdeckung des E. interdigitale wird gleichfalls *Marie Kauf-
nn-Wolff* zugeschrieben, obwohl dieser Pilz unabhängig von zahlreichen Entdeckern
chrieben wurde, und vermehrte noch beträchtlich das bereits bestehende Durch-
ıander der Pilz-Nomenklatur. Hier ist gleichwohl anzumerken, dass Amerikas
ırender Pilzforscher, *G. M. Lewis*, von diesem Organismus noch immer als Tr.
erdigitale spricht. *Priestley* beschrieb 1917 denselben Pilz, und seither wurden
ılreiche Varianten veröffentlicht, so von *Ota* in Japan (Tr. pedis Alpha und Beta),
kahashi (Tr. interdigitale, var. II) und *Kambayashi* (Tr. granulosum). In Ungarn
schrieb *Szatmary* 1928 - 1930 das E. gypseum flavum, das E. sulfureum, fenestratum,
eum, und *Berde* 1926 das E. fulvum, die alle zum E. interdigitale gehören, auch wenn
ige Abweichungen von Normaltyp zuzugeben sind. Zu einer klaren Klassifikation
d sorgfältige Untersuchungen noch erforderlich. Der seltenste und doch recht
chtige Pilz, das E. rubrum, wurde zuerst von *Castellani* unter dem Namen E. perneti
schrieben. *Bang* fand den gleichen Pilz in Kopenhagen und nannte ihn Tr. purpu-
ım, *Priestley* 1917 Tr. rubidum. Das Tr. rubrum A (*Hodges*), E. Viannai und Salmo-
ım (*De Mello*), Tr. lileum (*Kawasaki*), Microsporon amethysticum (*Williams*), Tr.
ılticolor (*Magalhaes* und *Neves*), Tr. louisianicum (*Castellani*) sind durchwegs neuen
tums und scheinen leichte Varianten des E. rubrum zu sein.

Aetiologie.

Im Hinblick auf das Durcheinander in der Pilz-Nomenklatur ist es recht schwer,
h für irgendein System zu entscheiden. Im Interesse der Vereinfachung benutze ich
allgemein gebräuchlichen Namen der drei häufigsten pathogenen Organismen, die
zerkrankungen an Händen und Füssen verursachen: E. interdigitale, inguinale
d rubrum.

Monilia albicans, Achorion Schoenleni und Trichophyton gypseum gehören zu
ı seltenen Erregern. Das schliesst nicht aus, dass in seltenen Fällen ein Micro-
orum gefunden werden kann. Ob *Fabry's* Blastomyces, die Ursache der erosio inter-
italis blastomycetica, mit der gewöhnlichen, durch die Monilia hervorgerufenen
erdigitalen Mykose identisch ist, steht noch nicht ganz fest.

Lewis und *Hopper* ermittelten folgende Daten an den Füssen:

Kulturzuechtungen von Fuessen.

Organismus:	*Januar bis Maerz 1938:* Zahl der Falle	in Prozenten der Falle	Organismen	*Mai bis Juli 1938:* Zahl der Falle	in Prozenten der Falle	Organismen
T. gypseum (alle Varianten)	32	30,0	57,1	80	37,3	75,4
T. purpureum	14	13,0	25,0	24	11,1	22,6
E. inguinale	2	1,9	3,6	1	0,5	1,0
M. albicans	8	7,5	14,3	1	0,4	1,0
Kein Wachstum	51	47,6	—	109	50,7	—
Gesamt:	107	100	100	215	100	100

Zuendel isolierte in 250 Fallen von Epidermophytose die folgenden Arten: 15 E. inguinale, 68 E. interdigitale und 45 E. rubrum.

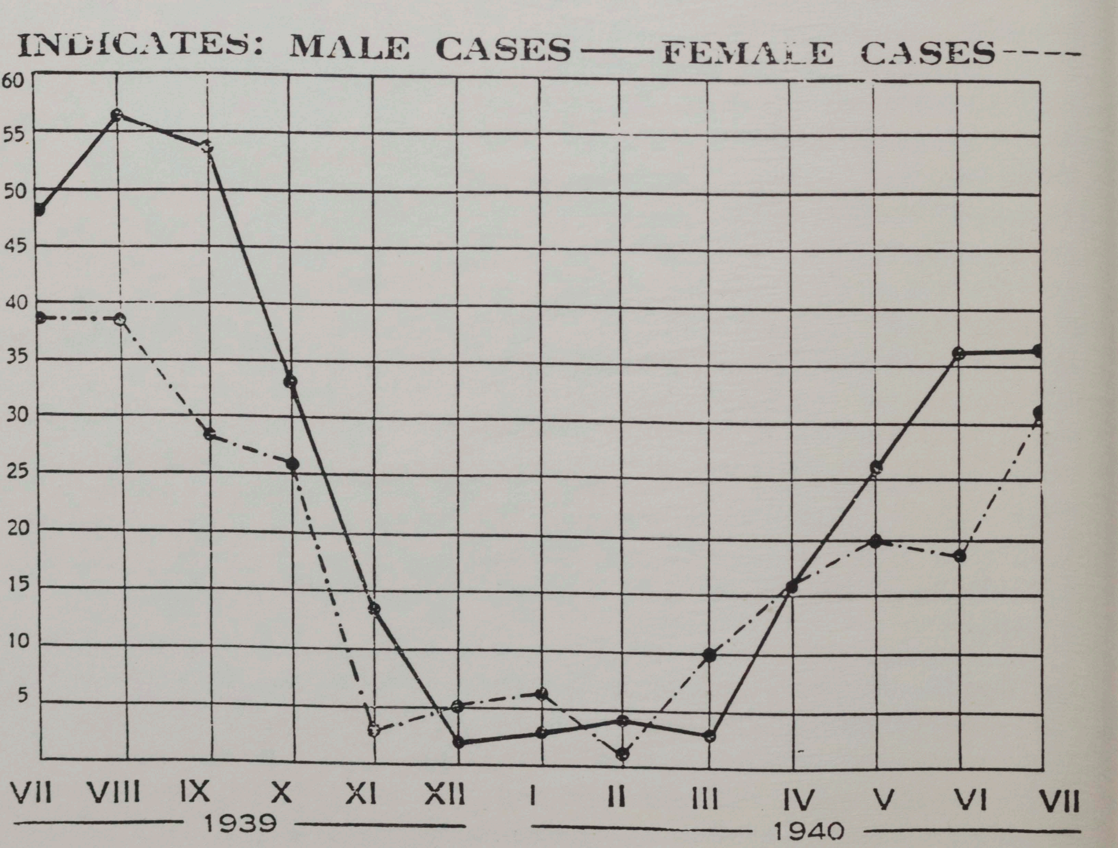
In der dermatologischen Abteilung des Chinese Red Cross Hospitals wurden vom Juni 1939 bis Juli 1940 von insgesamt 16.094 Hautfallen 547 Falle von Dermatophytose der Hände oder Füsse beobachtet. 177 wurden mikroskopisch untersucht, 71 ergaben die Anwesenheit von Pilz-Elementen in K(OH)-Praparaten. Die Kultur-Untersuchung dieser 71 mikroskopisch positiven Falle war vierzehnmal erfolgreich; folgende Arten wurden isoliert: Tr. gypseum: 1; E. inguinale: 4; E. interdigitale: 8; E. rubrum: 1. Die Kulturergebnisse waren im letzten Jahre spärlich im Vergleich zu früheren, was auf den häufigen Personalwechsel in unserem Laboratorium zurückzuführen war. Leider sind die früheren Daten bei der Evakuierung unserer Klinik verloren gegangen.

Vorkommen.

Eine Untersuchung, die ich 1934 in der Shanghaier Amerikanischen Schule vornahm, ergab 68% Fusskranke. In der Dermatologischen Klinik des First Hospital of The Chinese Red Cross Society wurden folgende Ergebnisse festgestellt:

1934 unter 2916 Hautfallen 163 Pilzinfektionen an Handen oder Füssen
1935 „ 3570 „ 218 „ „ „ „ „
1936 „ 5328 „ 402 „ „ „ „ „
1.7. 1939
bis 31.7. 1940 „ 16094 „ 547 „ „ „ „ „

Die monatlichen Schwankungen 1939 bis 1940 zeigt das untenstehende Schaubild, nach Geschlechtern getrennt.



Im Peiping Union Medical College analysierten *Mu* und *Kurotchkin* von 1925 bis 1938 die Pilzerkrankungen und beschrieben 1273 (21,17%) Fälle von Ringwurm-Infektionen an Händen oder Füssen, von denen 760 (30,02%) mikroskopisch Pilze zeigten. *Hulsey* und *Jordan* beschrieben 67% klinisch und 63% mikroskopisch nachgewiesene Fälle bei einer Serie von 100 Studenten. *Legge Bonar* und *Templeton* berichteten über 3100 erste Semester einer Universität; 53,3% der Männer und 15,3% der Frauen hatten Infektionen. Zum Ende des Frühjahrs-Semesters war die Zahl auf 78,6% bezw. 17,. gestiegen. *Prehn* fand unter 1500 untersuchten Männern auf 11 Schiffen der U.S. Marine 88.mit Ringwurm-Infektionen an den Füssen. *Lewis* und *Hopper* stellten in einem Altersheim unter 300 Patienten bei mehr als 90% alte Haut- und Nagelinfektionen fest, doch nur wenige Patienten klagten über Beschwerden.

Epidemiologie.

Die Zunahme der Fälle während der letzten Frühjahrs- und Sommermonate ist ein deutlicher Beweis dafür, dass feuchte Wärme die Infektionsanfälligkeit erhöht; das schliesst natürlich nicht die Möglichkeit einer verschleppten oder Neu-Infektion in der kühleren Jahreszeit aus. Es ist weiter bezeichnend, dass *Freedman* unter 157 klinisch symptomlosen Fällen bei 64 (40,8%) mikroskopisch Pilze nachwies, woraus nicht nachdrücklich genug die Forderung nach Präventivmassnahmen in Turnhallen, Bädern, Waschanstalten usw. abgeleitet werden muss, die alle als Uebertragungsherde anzusehen sind. Strümpfe und Schuhe, Fussböden können Monate lang Keime beherbergen, wobei auf den interessanten Beitrag von *Berberian* hingewiesen sei, der aus eben aus der Wäscherei zurückgekommenen Strümpfen pathogene Pilze züchten konnte. Er und *Kadisch* fanden, dass diese Pilze auf Wolle, Seide, Baumwolle, Schuhleder, Holz, Seetang usw. wachsen und sich vermehren konnten. In diesem Zusammenhang ist das Experiment von *Gavrilove* von besonderem Interesse, der die Lebensfähigkeit von Tr. gypseum, E. inguinale und E. Kaufmann-Wolff auf Birken-, Erlen-, Kiefern-, Tannen- und Eichenholz prüfte, auf fauligem wie getünchtem Holz, auf Dünger und Erde. Alle drei Arten zeigten gutes Wachstum, das rapideste das E. Kaufmann-Wolff. Auf gestrichenem und gehobeltem Holz entwickelte sich kein Wachstum. Dieselbe Beobachtung wurde an Kiefern- und Tannenholz gemacht, das pilzfest zu sein scheint wegen der Gegenwart von Harz und flüchtigen Oelen. Auf der anderen Seite hinderten Birken- und Erlenholz das Wachstum nicht. Der Autor empfiehlt deshalb, die Holzböden usw. n Bädern, Turnhallen etc. von Zeit zu Zeit abzuziehen und mit einem Oelanstrich zu versehen. Ideal wäre die Asphaltierung des Holzes oder sein Ersatz durch Linoleum oder Zement. Gerade vom epidemiologischen Standpunkt aus ist es erwähnenswert, dass eine latente Infektion sich auf andere Körperteile ausdehnen kann, und es kann nicht überraschen, dass eine langdauernde Onychomykose die Quelle mancher Neuinektion ist, ebenso wie die Nägel in Mitleidenschaft gezogen werden können durch Kratzen an infizierten Hautstellen.

Manche pathogene Pilze können in trockenem Zustande sechs bis zwölf Monate ebensfähig bleiben; zum Beweis ihrer Widerstandsfähigkeit brachte *Goldman* Pilzsporen 4 Meilen hoch in die Stratosphäre, wo sie Kälte, Sonneneinstrahlung und andere xtreme Bedingungen gut überstanden.

Klinisches Bild.

Um die klinischen Formen der Pilzinfektion an Händen und Füssen zu verstehen, man unbedingt mit den allgemeinen allergischen Erscheinungen vertraut sein, die ıuch bei dieser speziellen Erkrankung finden. Die starke Verbreitung der Infektion anghai weist auf die Allgegenwart von Pilzen hin, und eine Infektion kann zutage-treten, wenn die lokale oder allgemeine Widerstandskraft gesunken ist. Sehr wahrschein-ıch trägt eine veränderte örtliche Disposition der Haut beträchtlich zur Vermehrung von Pilzanfälligkeit bei, was gegenwärtig von der dermatologischen Klinik des Nat. Med. College untersucht wird. Ein Versuch, die Krankheit morphologisch zu klassifi-n, ist überflüssig im Hinblick auf die eben gemachte Feststellung, dass wir es mit Infektion zu tun haben, gegenüber der die Haut überempfindlich werden kann. ist deshalb klar, dass während eines Anfalls von Pilzinfektion alle dermato-phologischen Typen der Ueberempfindlichkeit—ähnlich dem Ekzem—vorkommen nen. Daher ist es praktischer, 1) von einer *akuten* und 2) von einer *chronischen* rm der Dermatophytose zu sprechen.

1. *Akute Form.*

In der akuten Form geht ein Juckreiz dem Ausbruch von dichten Bläschen an lich abgegrenzten Stellen entweder an den Fussohlen oder auf den Handflächen ıus Einseitige Lokalisation kommt vor, doch ist beiderseitige Verbreitung die Regel. Bläschen oder bullae können zusammenfliessen und grössere Bezirke unterminieren; :h dem Platzen zeigt sich eine mazerierte rote feuchte Fläche. Aus naheliegenden Gründen folgen oft sekundäre eitrige Infektionen der primärenPilz-Erkrankung,die recht nicht nur das klinische Bild der Dermatophytose verdecken, sondern auch eine exakte oratoriums - Untersuchung verhindern. Der Prozess ist nicht auf die Fussohlen und andflächen beschränkt, sondern verbreitet sich für gewöhnlich dorsal und interdigital, er in der Regel mit Rhagadenbildung einhergeht. Der dritte und vierte Zehenzwi-enraum ist solchen Erkrankungen besonders ausgesetzt. Es ist möglich, dass ischen Schweiss - Konzentration und Infectlokalisation ein Zusammenhang besteht. ch *Kuno* gibt es Hautzonen mit niedrigerer und höherer Schweiss - Konzentration. *k* überprüfte dies experimentell und vereinigte beide Theorien, wonach mit cksicht auf die pilzbeständige und pilztötende Eigenschaft konzentrierten Schweisses stimmte Gebiete der Sohlen nicht von Pilzinfektionen befallen werden. Klinisch trachtet scheinen allerdings die erwähnten ausgenommenen Zonen der Sohlen und ndflächen nicht exakt dieser Regel zu folgen. Die Anwendung reizender Mittel hr oft als Hongkong-Fuss-Heilmittel angekündigt) führt nicht nur zur Verbreitung Krankheit auf die Umgebung, sondern kann auch zur Verbreitung durch den ıtkreislauf Anlass geben, wodurch ein neues Krankheitsbild entsteht. Nach *Lewis* d *Hopper* ist das Trichophyton gypseum der Erreger der akuten Form.

2. *Chronische Form.*

Die chronische Form kann sich finden entweder interdigital oder auf dem Dorsum, den Seiten oder Sohlen der Füsse. Aehnlich ist die Lokalisation an den Händen. Am häufigsten ist die intertriginös-schuppende Form an den Zehen, die leicht erythematöse Veränderungen zeigen, sowie leichte Mazeration, feine kleienförmige huppung und häufige Fissuren. Die Linie zwischen kranker und gesunder Haut ist

ırf abgegrenzt. Aehnlich können andere Teile des Fusses befallen werden. Mazera- findet sich jedoch stets nur am intertriginösen Teil (sehr oft an der Unterfläche Zehen). Die Flecken an den Füssen sind rund, polycyclisch, matt rot—von wech- der Zahl und Grösse—, mit pityriasiformer Schuppung und manchmal Tendenz zur lung im Zentrum. Hyperkeratose kann sich bisweilen an Flecken auf der Sohle ent- keln, nicht selten im Verein mit schmerzhaften Fissuren. Die Begrenzung zeigt stets n scharfen Rand. Blasenbildung wird gelegentlich beobachtet, besonders bei inter- inöser Lokalisation. Die Erkrankung zeigt ähnliche Erscheinungen an den Händen. ›erkeratotische Flecken sind ziemlich häufig an den Handflächen, jedoch nur bei gesprochener Hypo- oder Anhydrose. Das ist besonders auffallend bei asymetrischer alisation. Verbindung einer Mykose der Nägel mit der hyperkeratotischen Form onischer Dermatophytose wird in unserer Klinik oft beobachtet.

Beteiligung der Naegel.

Mit Ausnahme der Monilien, die im allgemeinen zunächst das Nagelbettgewebe reifen, verursachen die anderen Dermatophyten dystrophische Veränderungen der gelplatten. Wenn auch in seltensten Fällen die Infektion von dem proximalen Teil der gel ausgehen kann, ist es im allgemeinen die freie Einfassung der Nagelplatte, die die rakteristischen Veränderungen zeigt. Die Nagelplatte verliert ihren Glanz, wird chig, uneben und schliesslich missfarbig (mehr oder weniger schmutzig aussehend). Nagelplatte kann sich auch vollkommen verdicken (Onychauxis epidermophytica) r sich ablösen, mit späterer Entwicklung von Onycholysis oder einer subungualen perkeratosis. Weisse Flecken (Leuconychia) sind von Lewis und Hopper beschrieben den, welche auch feststellen, dass die Dauer der Infektion, die durch Tr. gypseum ursacht ist, viel kürzer ist, als die durch Tr. (Epidermophyton) purpureum. Es ist nlich schwierig, den pathogenen Pilz einiger Onychomykosen vermuten oder vom ischen Aussehen etwa bestimmen zu wollen, weil nämlich ausserdem die Epider- phyten, Trichophyten, Archorien und Microsporen klinisch ununterscheidbare Bilder ursachen können.

Epidermophytiden.

Aehnlich den allergischen oder toxischen Erscheinungen wie bei Tbc. und der eren Gruppe von pathogenen Pilzen kann das klinische Bild im Verlaufe einer ektion zahlreiche morphologische Erscheinungen bieten. Ohne zu versuchen, die re Natur dieses Phänomens zu erklären, scheint es mir jedoch wichtig zu betonen, s Epidermophytiden sich nur entwickeln, wenn an den Füssen, Händen (oder erswo) ein Herd vorhanden ist, der pathogene Pilze enthält. Solch ein Aus- lag kann entweder papulös, fleckig, scharlachähnlich, lichenartig sein oder der hydrosis oder dem Erysipel ähneln. Ob die Dyshydrosis lamellosa oder nach amerikanischen Autoren die Keratolysis exfoliativa sicca eine epidermophytide rankung ist, ist ein noch ziemlich umstrittenes Problem. In vielen unserer Fälle er- enen die Schäden um den Frühling herum und zeigten ringförmige, fransenähnlich uppen an den Handflächen oder Sohlen, mit oberflächlichen Bläschen ver-

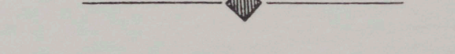
einigen Fällen konnten Pilze gefunden werden, aber ebenso oft waren unsere :unde negativ. Diese Krankheit mag daher als Dyshydrosis bezeichnet werden, eine ankheit mit verschiedener Aetiologie. Der Zweck dieser Zeitschrift erlaubt mir ht, in eine langatmige Erörterung des Mechanismus dieser allergischen Hautausıläge einzutreten, aber zwei Faktoren müssen erwähnt werden, da sie ziemlich ırakteristisch sind: 1.) die intracutane Trichophytinprobe ist immer positiv, je her dem Ausschlag, desto stärker; 2.) die Schäden verschwinden immer spontan, sobald der primäre Herd geheilt ist.

Komplikationen und Nachkrankheiten.

Bekannt sind die engen Beziehungen zwischen den Epidermophytiden und den ysipelähnlichen Erscheinungen, welche sich in vielen Fällen, wie auch *K. L. Yang* richtet, als wahre Erysipele manifestieren. Es ist ausser Zweifel, dass eine chronische fektion dieser Art mit der Bildung von Rhagaden dem Eintritt einer Streptococcenıfektion Tür und Tor öffnen kann. Attacken von Erysipel kommen sehr oft in kurzen wischenräumen wieder und die folgemässig entstehende Lymphstauung verursacht ein Lymphödem. Dieses chronische Lymphödem ruft nach den Beobachtungen von *Reiss* eine Elephantiasis-ähnliche Schwellung der Füsse hervor, oft sogar lichenähnliche und verruköse Gebilde (Pseudo-Elephantiasis verrucosa). Solche Extremitäten sind nicht nur dauernde Verunstaltungen, sondern ein ziemlich ernstes Hindernis für die Fortbewegung. Phlegmone, Lymphangitis und Entzündung der entsprechenden regionären Drüsen sind nicht selten. Flechtenbildungen (ähnlich der Neurodermatitis) an dem Sitz der vorangehenden Epidermophyton-Infektion sind keine seltenen Erscheinungen und unter diejenigen Nachkrankheiten einzureihen, die zur Zeit schwer zu eilen sind. Pigmentverluste (Leucoderma) entstehen oft an dem Orte der vorangegangenen Infektion.

(Schluss folgt.)

Aus dem Englischen mit nur unwesentlichen Kürzungen. Literatur-Nachweise in der gerade erschienenen englischen Ausgabe (The Journal of Clinical Medicine, Dec. 1940).



Das Prostatacarcinom.

Referat nach einem Vortrag gehalten am 3. 12. 40.
im Verein Deutschsprechender Aerzte, Shanghai

von Dr. A. W. Kneucker.

Das Prostatacarcinom (Pr. C.) entwickelt sich entweder in der Drüse selbst oder entsteht in jenem Teil der Drüse, der im späteren Alter des Individuums hypertrophisch wurde. Dieser topische Unterschied in der Entwicklung muss festgehalten werden, da er von grösster Wichtigkeit für die Therapie ist, wie später noch beschrieben werden wird.

Kommt die Neubildung in der Drüse zur Entwicklung, so kann sie sich entweder subvesical bilden und dadurch vom Rectum aus getastet werden; oder sie entwickelt sich blasenwärts, so dass die Diagnose cystoskopisch möglich ist. Die dritte Entwicklungsmöglichkeit, nämlich die nach der hintern Harnröhre zu, ist sehr selten. In diesen Fällen kann das Pr. C. in Frühfällen urethroskopisch festgestellt werden. Der Endausgang des Pr. C. wird carcinose prostato-pelvienne genannt; bei diesem Zustand ist das kleine Becken vollkommen von Tumormassen erfüllt; palpatorisch findet man bei der Rectaluntersuchung eine harte Masse, die gleichmässig Prostata, Samenblase, sowie Blasenhinterwand ergreift, so dass die genannten Organe palpatorisch kaum differenziert werden können. Entwickelt sich das Pr. C. in der Hypertrophie, so gibt es zwei Möglichkeiten: ntweder wächst es peripher von der atrophisch gewordenen Drüse in die Hypertrophie der es entsteht im Centrum der Hypertrophie.

ıradox es klingen mag, ist die Diagnose des Pr. C. gewöhnlich leicht, die liagnose aber besonders schwierig. Grundlegend für die Diagnose ist der nd. Findet man in der Drüse einen harten Knoten bei einem Individuum ebensjahrzehnt, oder fühlt sich die Drüse im ganzen bretthart an, so ist der ıf Pr. C. immer gegeben. Bei dieser Gelegenheit soll darauf hingewiesen s der Begriff "bretthart" für den einzelnen Untersucher individuell verschie s Zuckerkandlsche Symptom gibt hier einen sicheren Anhaltspunkt: führt toskop oder eine Sonde in die Blase - vorausgesetzt, dass es überhaupt möglich ɔiert man nun bei liegendem Instrument, so ist die Brett - Härte des Pr. C. ɪn, wenn man das Instrument von der Drüse palpatorisch nicht unter-sp. nicht durchfühlen kann. Sehr verdächtig für ein Pr. C. ist eine rectal Asymmetrie der beiden Prostatalappen. Entstand das Pr. C. in der Hyper-ın fühlt sich entweder die ganze Drüse vergrössert und bretthart an, doch fund mit grösster Vorsicht zu bewerten, wie später auseinandergesetzt wer-r es findet sich innerhalb der Hypertrophie ein verdächtiger Knoten. Die ɛhrbüchern angegebene Verschieblichkeit oder Fixation der Rectumschleim-ch Ansicht des Vortragenden keineswegs zu bewerten; sie weist höchstens wie weit das Ca. vorgeschritten ist, d. h. dass es bereits auf das Rectum ı hat.

ɛr cystoskopischen Untersuchung wird dann der Verdacht auf ein Pr. C. ıan in der Blase an typischer Stelle (also gewöhnlich sphinkternahe) ein so-otiviertes Oedem der Schleimhaut findet. Dieses kommt dadurch zustande, vachsen.. Ca. die Blasenwand infiltriert und Ernährungsstörungen hervor-iches Oedem entsteht garnicht selten bei liegendem Verweilkatheter, weshalb ldiagnostisch nur bei einer unvorbehandelten Blase zu verwerten ist. Die der Harnröhre bringt ebenfalls manchmal Aufschluss, indem man einen Tumor zu Gesicht bekommt Doch gewöhnlich ist auch in diesem Früh-Harnröhre derartig infiltriert, dass ähnlich wie bei einer carcinomatösen Harnröhre selbst das Instrument nicht einführbar ist. Das Cystogramm . C. ein charakteristisches Bild; ebenso das Urethrogramm. Der Blasen-ılich wie bei der Prostatahypertrophie gehoben; doch erscheinen die Aus-n Blaseninnern nicht gleichmässig, sondern zackig und irregulär. Die ingegen erscheint verengt und merkwürdig grade gestreckt, wie verzerrt. phie wie Ca. den Blasenboden heben, wird auch der intravesikale Ureterab-ehoben; der Samenleiter überquert nun den untersten Ureterabschnitt, der ebung des Blasenbodens durch den ersteren gewissermassen stranguliert h darin äussert, dass es proximal vom Abflusshindernis zu einer röntgen-stellbaren Stauung kommt (Hydroureter, Hydronephrose). Handelt es ıe Strikturen des Harnleiters, und ist kein Konkrement im Harnleiter ein-spricht bei entsprechendem Tastbefund ein einseitiger Hydroureter und e Hydronephrose sehr für ein Pr. C., zumal dieses, wie früher auseinander-asymmeterisch in einem der Lappen zur Entwicklung kommt.

gische Untersuchungsmethoden im Sinne der Komplementbindung sind z.Z. nügend verlässlich.

Wichtig ist die Diagnose der Metastasen. Das Pr. C. gibt gewöhnlich in den Knochen Metastasen (Wirbelsäule, Becken). Diese Metastasen sind häufig osteoplastisch, seltener osteoklastisch und somit röntgenologisch leicht nachweisbar. Bestehen Metastasen, so ist es sehr häufig der Fall, dass im strömenden Blut die Jugendformen der weissen Blutkörperchen, also Myelozyten und Myeloblasten, auftauchen. In verdächtigen Fällen kann das Blutbild bindende Schlüsse liefern.

Die Klagen, mit denen der Patient den Arzt aufsucht, beziehen sich auf das Ca. selber oder auch auf die Metastasen. Strikturen, die im Alter von 50 Jahren plötzlich in Erscheinung treten, in seltenen Fällen auch erschwerte Stuhlentleerung, unmotivierte Hämaturien oder Blutungen während oder nach dem Samenerguss (Hämospermie), plötzliche nicht entzündliche Schwellungen im Genitalbereich sind immer Pr. C.-verdächtig. Dauernde Schmerzen im Kreuzbein, in der Wirbelsäule, beiderseitige Ischialgien lassen den Verdacht auf eine Metastase wachwerden.

Wie schon gesagt, kann die Differentialdiagnose des Pr. C. unerhörte Schwierigkeiten bereiten. Im allgemeinen sollte es sich jeder Arzt zur Regel machen, auch bei fast sicherstehender Diagnose diese nicht sofort auszusprechen, sondern lieber nach entsprechenden therapeutischen Massnahmen eine Woche später den Patienten nachzuuntersuchen. Hat sich dann das Bild nicht geändert, so kann die Diagnose der bösartigen Neubildung mit viel besserem Gewissen gestellt werden. Vor allem kommt hier die chronische Prostatitis in Betracht, die das Organ genau so wie das Ca. palpatorisch verändern kann; nur wird ein entsprechender Harnbefund und ev. der begleitende Schmerz den Verdacht des untersuchenden Arztes in eine andere Richtung lenken. Kombiniert sich eine Prostatitis mit einer Prostatahypertrophie, so kann der palpatorische Befund dem Ca. vollendet gleichen. Verordnet man dem Patienten Bettruhe, sowie 3 mal 10 ccm Aolan intramuskulär in Abständen von 2 Tagen, und gibt man ihm bei Restharn den Verweilkatheter, so geht die Entzündung gewöhnlich rasch zurück, und es wird das Bild der einfachen Hypertrophie anstatt des Pr. C. zum Vorschein kommen. Die Tuberkulose der Prostata liefert im Urogenitaltrakt auch andere tuberkulöse Stigmata. So sind gewöhnlich Nebenhoden und Samenblase verändert. Spielt sich die tuberkulöse Infektion auch im Harntrakt ab, so finden sich die entsprechenden Erscheinungen im Harn, der Blase und der befallenen Niere. Ausserdem sind solche Patienten gewöhnlich jünger als Carcinomkranke. Steine der Prostata können röntgenologisch leicht nachgewiesen werden und sind somit, wenn man nur an sie denkt, leicht auszuschalten.

Histologisch handelt es sich um ein Adenoca., um ein Ca. solidum oder um ein medulläres Carcinom; Skirrhus und Cancroide sind selten. Es darf leider nicht verschwiegen werden, dass die histopathologische Diagnose keineswegs mit Sicherheit zu stellen ist. Was von dem einen Pathologen noch als chronische Entzündung gedeutet wird, kann von einem andern Nachuntersucher bereits als Frühform eines beginnenden Ca. gewertet werden. Welche Schwierigkeiten sich in solchen Fällen für Therapie und Prognose ergeben, muss wohl nicht besonders hervorgehoben werden.

Die Prognose des Ca. ist, falls es sich um ein Ca. der Drüse selbst handelt, im :meinen schlecht. Diese Ca. führen meist rasch zum Tode. Ca., die sich in einer ertrophie entwickeln, sind, zumindest was die Dauer anbetrifft, gewöhnlich günstiger bewerten. Die lebensbedrohenden Zwischenfälle verursachen die Harnverhaltun- die Urosepsis, sowie die Metastasen (Rückenmark!). Auch Spontanfrakturen langen Röhrenknochen gefährden das Leben des heruntergekommenen Patienten in em Masse.

Obwohl das Pr. C. im ganzen sehr ernst zu bewerten ist, hat doch die Therapie Pr. C. in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht. Die grundlegende Frage, sich der Facharzt zur Therapie des Pr. C. zu verhalten hat, hängt vor allem von bereits eingangs erwähnten Topik der Neubildung ab. Entstand das Pr. C. im llen einer Prostatahypertrophie, so wird es anlässlich der Prostatektomie auto- isch mit entfernt; geht die Neubildung aber von der Drüse selbst aus, dann hängen herapeutischen Möglichkeiten davon ab, wie weit sich das Pr. C. bereits entwickelt Ist das Ca. sehr weit vorgeschritten, dann kann nur eine Palliativmassnahme in ge kommen. Am besten bewährt sich die suprapubische Dauerfistel, die den enten gewöhnlich schlagartig von seinen Beschwerden, dem dauernden Harndrang, uroseptischen Fieberschüben usw. befreit. In jüngster Zeit versuchte man auch Teile des Ca., die die Harnröhre einengen, mit Hilfe der Diathermieschlinge tragen (transurethrale Prostataresection), um so den freien Harnabfluss zu öglichen. Die Auffassung über diese operativen Massnahmen ist in der Literatur geteilt, da es garnicht selten zu schwersten Nachblutungen und anderen Zwischen- en kommt. Wird das Pr. C. hingegen frühzeitig entdeckt, dann kann die Drüse apubisch zur Gänze entfernt werden. Die Entfernung der Drüse vom Damm her t die Gefahr der Inkontinenz. In manchen Fällen, wie z.B. bei sehr gutem emeinzustand, aber Ausmauerung des kleinen Beckens mit Tumormassen, mag die oflanzung der Ureteren in den Darm in Betracht zu ziehen sein. Die Radiumtherapie et in der Literatur keine einheitliche Beurteilung und wird von vielen Autoren lehnt. Die alleinige Röntgenbestrahlung des Pr. C. gibt keine guten Resultate; nur postoperative Massnahme nach Entfernung der Neubildung ist sie von grösster apeutischer Wichtigkeit und somit unerlässlich.

In China ist das Pr. C., wie überhaupt die Erkrankungen der Prostata, eine sehr se Seltenheit. Im Lester Chinese Hospital kamen innerhalb von 6 Jahren nur 4 e zur Beobachtung (Gray). In Mitteleuropa hingegen konnte das Pr. C. recht fig beobachtet werden.

Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Heilung des Pr. C. unabhängig vom Fragen- plex der bösartigen Neubildungen überhaupt gelöst werden kann. Solange uns aber e idiopathische Therapie zur Verfügung steht, wird es unsere vornehmste Aufgabe , die Leiden der Patienten auf ein Mindestmass herabzusetzen, indem wir das Pr. C frühzeitigen Diagnose und damit der entsprechenden Therapie zuführen.

Nervöse Angstzustände

Von Dr. Victor Kalmar-Fischer.

Das Problem der Angstzustände ist eines der kompliziertesten und unklarsten in der Psychiatrie, in der es ja leider fast nur komplizierte Probleme gibt. Leider können wir im allgemeinen nur sehr schwer beurteilen, wo im Seelenleben das Normale aufhört und wo das Pathologische anfängt. Noch schwieriger ist dies bei unserem Thema; denn die Angst ist ein ständiger Begleiter unseres Lebens, besonders in der Gegenwart. Unser Jahrhundert scheint von Angst erfüllt zu sein; sie befällt uns fast immer, die Angst für uns und vor uns selbst, und eben diese letztere führt uns in das Gebiet des Pathologischen.

Die Klassifikation und die wissenschaftliche Beschreibung der nervösen Angstzustände ist das Verdienst Freuds. Er trennte von der Neurasthenie ein Syndrom ab und nannte es Angstneurose. Diese Neurose kann symptomatologisch definiert werden und ist durch ihre zwei wichtigsten Erscheinungen, den Angstanfall und den chronischen Angstzustand, charakterisiert. Wenn wir diese symptomatologische Definition akzeptieren, so müssen wir noch das ätiologische Problem lösen, und hier fängt der Streit zwischen den beiden Schulen an, den Psychoanalytikern und den Individualpsychologen. Die ersten fragen warum und die letzteren wozu? Wir wollen für keine der beiden Schulen Partei ergreifen und nur die beiden Auffassungen sachlich beschreiben.

Die Angst ist ein Affektzustand, der auf jede aperzipierte Gefahr folgt. Die Gefahr - das ist der normale Zustand - kann eine reale sein; in diesem Falle nennen wir den Angstzustand mit einem unglücklich gewählten Wort "Realangst". Der Ausdruck ist nicht geschickt, da jede Angst real ist und nur ihr Objekt evtl. nicht real ist; da sich jedoch diese Benennung schon eingebürgert hat, hätte es keinen Sinn, eine neue zu prägen. Die Apperzeption einer äusseren Gefahr löst einen Zustand gesteigerter sensorischer und motorischer Spannung aus, der durchaus zweckmässig ist und von Freud Angstbereitschaft genannt wurde. Diese Angstbereitschaft endet entweder in dem lähmenden, daher unzweckmässigen Angstzustand, oder sie beschränkt sich auf eine Warnung, die in dynamischer Form durch zweckmässige Reaktionen, wie Flucht oder Abwehr, abgelöst wird. Ob der eine oder andere Fall eintritt, hängt m. E. von der Grösse der zu erwartenden Gefahr ab, in Analogie der Tatsache, dass kleine Reize irritieren und grössere paralysieren.

Die erste akute Erscheinung der nervösen Angstzustände ist der Angstanfall; der Kranke hat Todesangst, er fühlt sich dem Wahnsinn nahe, seine Kräfte schwinden bis fast zur Ohnmacht, er hat heftige Schweissausbrüche, die oft von Schüttelfrost und Gänsehaut begleitet sind, es bestehen ferner Pupillenerweiterung, Stuhl - Harndrang; die zwei wichtigsten Symptome sind aber Atemnot und Herzbeklemmung. Das Wort Angst wirft ein Licht auf die eigentliche Symptomatologie dieses Zustandes, da es aus dem lateinischen angustiae stammt, was Enge bedeutet, und bei der Angst haben wir tatsächlich eine Enge bezw. ein Beklemmungsgefühl. Aber auch psychologisch spiegelt diese Verwandtschaft mit dem Wort Enge den seelischen Tatbestand wider. Die nervösen Angstzustände lösen Gefühle aus, die den Kranken psychisch hemmen, d. h. in seiner tivität beengen. Wir könnten sagen, dass der Kranke in diesen Zuständen sich immer verhält, denn es handelt sich stets um ein Nichtstun.

wichtigsten chronischen Formen der nervösen Angstzustände sind die Angst-
ıd die Angsthysterie, je nachdem das pathogene Moment ein aktuelles oder
s ist. So hat die Angstneurose keinen unbewussten Inhalt, der Angstaffekt
ch *Freud* angestaute freigewordene libido, aber mit verwandelter Erlebnis-
Ursache dieser angstauslösenden Libidostauung ist eine aktuelle und direkte
hädlichkeit, durch die also die psychische Abfuhr der somatischen Erregung
vird. Das ist häufig der Fall bei sexueller Enthaltsamkeit, bei frustraner Erre-
beim coitus interruptus; ferner bei Frauen, die sexuell mehr oder wenige
h sind, wenn irgendwelche inneren Hemmungen die Verarbeitung der
n Erregung nicht zulassen. Ferner kann die Ejakulatio präcox des Mannes
nicht abgeführten Sexualerregung bei der Frau Angstzustände auslösen.
ung der Psychoanalytiker müsste dann bei Regelung bezw. Befriedigung des
ns die Angstneurose eigentlich verschwinden; aber dies ist leider nicht immer
Die Befreiung der sexuellen Spannung eliminiert nicht immer die Angst,
rmehrt sie noch manchmal beträchtlich. Wir sehen also, dass die Theorie der
Aetiologie nicht ganz einwandfrei ist, zumindest nicht im Sinne einer Stauung.

Angsthysterie wurde zum ersten Male von *Stekel* beschrieben. Bei dieser
l eine verdrängte Triebregung so verarbeitet und abgewehrt, dass für das
Objekt ein Ersatzobjekt auftritt, welches die abzuwehrende Strebung auf sich
ses Ersatzobjekt wird dann so gemieden, als gingen von ihm die Folgen für
te Regung aus. Eine interessante Analogie hierzu finden wir bei manchen
Völkern, bei denen eine Person, die sich von bösen Geistern verfolgt glaubt,
en wechselt, als ob die bösen Geister durch diesen Ersatznamen irregeführt
nkt werden könnten. Die Vermeidung des Ersatzobjektes nennen wir Phobie.
n bestimmte Vorstellungsinhalte gebunden und weist nach *Freud* drei
e Arten auf. Die erste Art ist für jeden von uns verständlich, so äng-
uns z. B. vor wilden Tieren. Die zweite Art ist die unwahrscheinliche
B. die Eisenbahnangst; wer im Zuge fährt, riskiert zwar immer eine Katastro-
der Phobiker macht eben aus einer geringen Wahrscheinlichkeit fast eine
Die dritte Art von Phobie ist für uns ganz unverständlich, wie z. B. die Angst
n oder Angst vor der Angst etc.

t hat eine andere Einteilung. Er unterscheidet erstens: Funktions- und
hobien, wie z. B. Angst vor Bewegungen, die Schmerzen hervorrufen könnten,
Laufen, Springen, Sitzen usw. Zweitens: Objektangst, wie z. B. vor spitzen
den, wie Messern, Gabeln, vor Giften, Bazillen, Tieren, Menschen, wie Einbre-
. Drittens: Situationsangst, wie z. B. Platzangst, Höhenangst, Angst vor
nd Tunnels, Eisenbahnen; Erytrophobie etc. Wir könnten noch eine vierte
nzunehmen, in die wir die Sexualangst, Todes-, Krankheitsangst, Angst vor der
reihen. Wir möchten diese vierte Gruppe spezifische Triebängste nennen,
ezifisch, weil ja jede Phobie eine Angst vor sich selbst oder vor dem eigenen
dinöser oder aggressiver Natur ist. Bei jeder Phobie ist die Entbindung der
edämmt, aber das Individuum erleidet, da das Angstobjekt ja gemieden werden
vere Hemmungen in seiner persönlichen Freiheit durch Vermeiden, Verbote
chte, die es sich selbst zum Zwecke der Angstvermeidung auferlegt. Freilich
nke auch bei dieser Form der Angstzustände zu einer Passivität, also zu einem
erurteilt.

rauchen nicht immer diagnostische Unterschiede zwischen Angstneurosen
erien zu bestehen. So erinnere ich mich an einen Fall von Angstneur

Platzangst, Acrophobie, Eisenbahnphobie und Angst vor dem Wahnsinnigwerden. Nach unserer Meinung hat die Angstneurose fast immer Beziehungen zu angsthysterischen Symptomen. Es wäre also vorteilhafter, überhaupt den Begriff Angstneurose fallen zu lassen und anzunehmen, dass bei fast allen neurotischen Angstzuständen immer ein unbewusster, verdrängter Faktor mitspricht. Wir könnten mit *Jones* vielleicht sagen, dass der nervöse Angstzustand eine Reaktion gegen die verdrängte Sexualität ist, und zwar eine Reaktion, die von dem Angsttrieb stammt. Zum besseren Verständnis für diese Auffassung bringt *Frink* folgendes Beispiel: "Ein Bauer, sagen wir Marius, begegnet einem Freund, der ihn fragt, warum er so traurig ist". "Ja", antwortet Marius, "ich gehe in die Stadt, um mich zu betrinken, das macht mir solche Angst". Die Antwort von Marius scheint paradox zu sein, denn niemand zwingt ihn, sich zu betrinken; wir müssen aber bedenken, dass Marius von zwei entgegengesetzten Wünschen gepeinigt wird; einmal von dem Wunsch nach Alkohol und zweitens von dem Wunsch, die unangenehmen Folgen, wie z. B. Polizei, den Pfarrer oder die Vorwürfe der Familienmitglieder zu vermeiden. Aber seine Leidenschaft zum Alkohol wird ja dadurch nicht vermindert; Marius wird sich immer mehr ängstigen und sich fürchten, dass er dem Versuch nicht widerstehen kann: Wir stehen also hier vor einer Angst, die einem Wunsche entstammt. Nehmen wir an, dass die Leidenschaft zum Trinken von dem Bewussten ins Unbewusste verdrängt wird; denn, wenn er an einem Wirtshause vorbeigeht, wird er ein Angstgefühl haben, ohne den Grund zu wissen, und das ist eben der Mechanismus des Angstanfalles. Marius wird sich nun selbstverständlich diesen Angstanfall nicht erklären wollen. Er wird sich nicht sagen können, dass die Angst vom Trinken und seinen Folgen stammt, da - wie wir es angenommen haben - sein Wunsch ihm nicht bewusst geworden ist. Er wird sich folglich einen Grund zurecht legen müssen, wie z. B. dass er evtl. einen Betrunkenen aus dem Wirtshaus herauswanken sieht, und nun sagt er sich: "Dieser Betrunkene hat mich erschreckt, er sieht wie ein Verbrecher aus und hätte mich angreifen können!" Diese seine Erklärung glaubt er selbst, und so kommt er zu zu einer Phobie vor Betrunkenen, die sich später verallgemeinern und in eine Angst vor Vagabunden, Bettlern und evtl. vor schlecht angezogenen Leuten verwandeln kann. Selbstverständlich hinkt diese Analogie, wie jede, ein wenig; trotzdem können wir an diesem Falle gut den psychoanalytischen Mechanismus des Angstanfalles und der Phobien erkennen.

Wir haben ferner die sogenannten Angst - Aequivalente zu erwähnen. Bei ihnen kann ein einzelnes stark ausgeprägtes Symptom den gesamten Erscheinungskomplex vertreten, etwa Herzklopfen, Atemnot, Zittern; hierbei kann das Gemeingefühl, an dem wir die Angst erkennen, fehlen oder undeutlich werden. Das haben Psychoanalytiker und Psychiater anderer Schulen auch erkannt. So schreibt z. B. *Arthur Kronfeld*: "Weit häufiger aber larviert sich die Angst, ohne selber bewusst zu werden, hinter einem Syndrom aus der physischen Begleit - Sphäre. So zeigen sich Tachycardien, pseudoanginöse Zustände, Atembeklemmungen, asthmaartige Anfälle, vasomotorische Uebererregbarkeit, Schweissausbrüche, Diarrhöen, Pollakisurien, ferner Kongestionen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, endlich Parästhesien, letztere insbesondere auf vasokonstriktorischer Grundlage. Alle diese organneurotischen Symptome sind in Wirklichkeit erwartungsmässig ausgebaute und festgelegte larvierte Angstzustände, und für die meisten von ihnen besteht eine sexuelle Aetiologie."

Die sexuelle Aetiologie wird auch von vielen Nichtanalytikern bejaht. So erkennt z. B. der Kinderarzt *Strohmeyer* die enge Beziehung zwischen Angst und unverwendbarer Libido. Auch *Kretschmer* glaubt, dass die elementarsten Konversionen von Sexualität in Angst uns vermuten lassen, dass zwischen der sexuellen Erregung und dem Angstaffekt im tiefsten biologischen Untergrund uralte phylogenetische Verbindungen bestehen, die wir nur empirisch anerkennen können, ohne sie wirklich zu verstehen. Es ist übrigens interessant, dass schon vor ungefähr 800 Jahren die Heilige Hildegarde in ihrem Buche "Sci vias Domini", wenn auch mit anderen Worten, ähnliches behauptet

ABSTRACTS.

Internal Diseases.

Diagnostic Value of the Xiphoid Sign.

'akhovitskij has observed the incidence and agnostic value of the xiphoid sign on 600 ts, presenting disease of the gallbladder and e ducts, gastroduocenal ulcer, cancer of the :h, the esophagus and the colon.

ıe xiphoid sign consists in the presence of ıum tenderness at the tips of the xiphoid s, particularly on upward pressure.

ıe sign was always present in the disease of llbladder or the bile ducts

ıatomic studies point to a direct lympho- s as well as indirect lymph node connection ·n the gallbladder and the groups of lymph behind the xiphoid process.

ıe author believes that acute lymphangitis mphadenitis just posterior to the xiphoid is use of the tenderness. He considers this ness to be a pathognomic sign of cholecy- nd cholelithiasis

Vrachebnoe Delo, Kharkov, 1940 Nr. 22.

Intestinal Giardiasis (Lambliosis).

ıin and *Sikorov* discuss the pathology and omatology of giardia infections. While ing that many people are healthy carriers flagellate they conclude that in certain ıf intractable diarhoea no other cause than gellate can be found. They express sceptic- :garding colitis and symptoms attributable ısion of the gallbladder and bile ducts.

ıinacrine (Atebrin) will get rid of the ı infection. The authors observe that un- : treatment the giardia alone disappear, ırganisms such as amoeba, being uninflu- by the drug. Acranil (Bayer) which is ıed as a hydrochlorate of a new acridinic ınd is another effective remedy.

Prat. Malad. des Pays Chauds, 1938 Nr. 8.

Surgery.

Etiologic Indications of Early Gastric Cancer.

rly gastric cancer appears in several varied which suggests entirely different mods of and exciting agents.

ɔing discusses gastric cancer from the ɔgenic point of view.

Gongenital abnormalities (misplaced por- f gastric or intestinal mucosa) give rise to l proportion of gastric cancers. For the ɔment of these cancers it seems unnecessary oduce other factors than those inherent in ɔwth potentialities of misplaced and embry- lls.

A number of g. c. develop on polypoid ıas. Here a notable hereditary element in ı to a special susceptibility of the mucosa, :t to chemical irritation or infection by l changes in the superficial cells, and poly- tgrowth, exists.

3.- Another group of g. c. is combined with pernicious anemia. Usually a small tumor arrises in the atrophic mucosa as result of the atrophic gastritis.

4.- The relations between ulcer and cancer are rather close and as yet unexplained.

These cases represent multiple lesions, usually in association with hypertrophic gastritis and so- metimes with an atrophic mucosa.

Excavation of a gastric adenocarcinoma giving rise to ulcer and cancer in the same stomach, has been demonstrated. Under this conditions the appearence of precancerous changes on the edges edges of the ulcer can be accounted for such lesions if they escaped ulceration, owing to low digestive activity would go on to fully developed cancer, whereas, if digestive activity were high, ulceration would supervene. An active canceregenic agent is suggested in such cases and a possible relation to avitaminosis should be considered.

5.- Pyogenic infection cannot stand as a specific canceregenic agent but it does figure in the appearênce of carcinoma in chronically infected wounds. While bacterial infection may probably not be included among the direct exciting causes of g. c. it should not be neglected as a contributing cause.

6 - The gastric cancer, which arises from the chief-cells lining the fundi of the glandsproduces most of the small-cell diffusely growing and highly malignant gastric carcinomas. Some functional stimulus seems to be a reasonable hypothesis.

Rev. of gastroenterology, New York 1940 Nr. 7.

Infectious and Tropical Diseases.

28.

The Treatment of Malaria.

Alfred C. Reed, San Francisco, gives a review of the principles of treatment.

Drugs fall into four groups, which are plas- mochine, atebrine, direct cinchona derivatives and a miscellaneous group.

1.- *Plasmochine* is a synthesizeds ubstance, ess- entially an aminoquinoline. In the form of a tablet 0.02 gm is given by mouth three times daily to an adult of 150 pounds. Toxic symptoms easily appear in the form of cyanosis, pallor, nausea, vertigo and hemoglobinuria. With the appearence of any such symptoms, the drug should be discon- tinued at once. It does not kill sporozoites Its greatest usefulness is in the destruction of ga- metocytes, or sexual forms, in tertian and espe- cially in subtertian malaria. It is not desirable as a sole treatment but serves a useful purpose as an adjuvant to quinine. Because of its high toxicity patients should be under constant super- vision.

2.- *Atebrine* is another synthetic drug, an amino-acridine derivative. It frequently causes yellow pigmentation of the skin. Its average dose for adults of 150 pounds is 0.1 gm three times a day by mouth for from five to a maximum of seven days It does not kill sporozoites. Its greatest effectiveness is on the schizonts, or growing forms, of plasmodium falciparum in malignant subtertian malaria. In benign tertian malari- action is similar to that of quinine but the

rate is lower. It has been used in the form of atebrine musonate for intramuscular injection. The dose is 0.373 gm given only twice. Ite use is indicated only under unusual epidemic conditions.

Atebrine has fully proved its usefulness both, alone and in alternation with quinine. The therapeutic dose by mouth is well below the toxic range.

3.- *Cinchona alkoids* are antiplasmodial in action. For injection the dose intravenously should not exceed 0.5 gm. For oral administration the bisulfate or the sulfate are most eligible. Quinine does not kill sporozoites. It is ineffective against gametes of plasmodium falciparum in malignant malaria. It is only partically effective against schizonts, or growing forms It does not prevent relapses which will occur in from 25 to 50 per cent of cases, no matter what dosage is given.

4- Among other drugs which have been recommended, such as epinephrine, neoarsphenamine and the sulfanilamides.

Ascoli's method with increasing intravenous doses of epinephrine, beginning with 0.01 mg, has been used in conjunction with quinine treatment with favorable effect in chronic malaria.

Neoarsphenamine has an effect on plasmodium vivax, if given during attack, whereas use of sulfanilamide compounds cannot be recommended as yet.

As has been stated, no drug is known which will destroy sporozoites or which will accomplish a therapia magna sterilisans.

For the average attack, initial or relapse, it is recommended that the patient receives atebrine 0 1 gm three times a day by mouth for one week.

In the case of subtertian and pernicious malaria the course of atebrine should be followed by quinine sulfate 1 gm in three divided doses on four consecutive days each week for six weeks.

Children up to one year can be given from 0.065 to 0.1 gm a day, children from 1 to 12 years 0.1 to 0.8 gm increasing with age.

Plasmochine should be administered only when it is important to destroy gametocytes, especially of malignant or subtertian malaria in the dose of 0.02 gm by mouth three times a day for one week, coincidentally with quinine.

Cinchonism is best treated by caffeine or coffee. For prophylaxis quinine sulfate may be given 0.3 gm daily or 1 gm in three or five divided doses, on one day of each week. Atebrine may be given for this purpose 0.1 gm twice daily twice a week.

The Journ. of the Am. Med. Ass. 1940, Nr. 8.

29. The Diagnosis of Echinococcus (Hydatid) Disease.

Following *Harry M. Rose* and *James T. Culbertson, N. Y.* the diagnosis may be greatly facilitated by immunologic procedures such as the cutaneous test described by *Casoni* or the complement-fixation-reaction of *Ghedini* and *Weinberg*.

Readily available antigens are described which may be substituted for hydatid fluid in performing the tests.

Hydatid disease is caused by infestation with -e larval stage of a cestode, echinococcus granu-

The hosts of this parasite are dogs, wolves and jackals.

The adult tapeworms inhabit the intestine and eggs are passed in the feces of these carnivora.

Water or vegetation contaminated with fecal material may then be ingested by sheeps or cattle, in whose alimentary canals the eggs hatch and deliver hexacanth embryos. These larvals penetrate the intestinal wall and enter the portal circulation, whence they are carried to the liver. A few pass through and lodge within the lungs, more rarely still within the brain, bones, kidney or spleen. In the tissues where larvae remain viable, the characteristic hydatid-cysts slowly develop. They are composed of a cuticle of host tissue and an inner germinative membrane, from which embryonal tapeworms (scolices) develop in large numbers Daughter-cysts may form by budding from this membrane. Normal cysts are filled with limpid hydatid fluid.

Hydatid infection in man, just as in herbivorous animal results from the ingestion of eggs The only difference between hydatid disease in man, as compared with animals, is that the cysts usually attain a larger size in the human host.

The diagnosis by means of routine clinical methods is difficult. Since the liver and lungs are predominantly involved, echinococcus disease becomes a problem chiefly in the differential diagnosis of abdominal and pulmonary diseases. The symptomatology is in no way characteristic, and the disease may simulate hepatic cirrhosis, cholecystitis, abcesses and new growths in the chest or abdomen. If rupture occurs, the cysts may discharge their contents through the bronchi, in which case the characteristic hooklets may appear in the sputum.

Old degenerated cysts frequently undergo calcification in which case they may be detected by X-Ray-eximination. Eosinophilia is found only 20 to 25 per cent of cases. The cutaneous test and the complement-fixation-reaction are indispensable aids in the diagnosis. The tests each utilize hydatid fluid as antigen and are supposed to be specific.

The *Casoni*-tests consist of the intradermal injection of from 0.1 to 0.5 cc of phenolated hydatid fluid, which provokes allergic reactions.

The *Ghedini-Weinberg*-test is carried out in the same manner as the *Wassermann* reaction.

The observation of *Chung* and *T'ung* suggest that these reactions are not species specific, but are actually group specific. They obtained allergic cutaneous tests and positive complement-fixation-reactions in hydatid disease, when antigens prepared from other cestodes were substituted for hydatid fluid. The source of antigen is now the common rabbit cestode cysticercus pisiformis or taenia taenioformis, an adult tapeworm found very commonly in the intestine of cats. The cutaneous tests are carried out by injecting 0.1 cc intradermally on the volar surface of the forearms. Positive reactions are characterised by wheals, which begin to form in less than five minutes and reach their normal size in from fifteen to thirty minutes.

The substitute antigen may be employed in the complement-fixation-reaction as well.

The Journ. of the Am. Med. Ass. 1940, Nr. 8.

Veneral Diseases.

al and Medical Treatment of norrhea in the Male.

'elonze, Philadelphia, has found that le given alone will bring about prompt 1 25 to 40 % of dispensary patients, from office patients, and perhaps from 75 bed patients. There is accumulating at sulfapyridine is somewhere between more efficient than sulfanilamide. all the favourable influenced males are otoms by the end of the fifth day. If occurred in that time, there is rarely e for an improvement to be obtained reatment.

ost common scheme of dosage in use t patients is 5 g a day for two days, 4 he next three days, and later continued of 2,5 g.

vourable results can be obtained by S, ocal treatment according to the foll-

ethritis.

r urination the anterior urethra is ased with 1:10.000 potassium perman- t.

neans of a bulbsyringe not more than 1 of a 5 to 10 % solution of mild protein- r should be injected into the urethra cept there for five minutes. One or applications only in twenty-four s, until there is not urethral discharge, hen every other day; later the inter- s increased to every third day

ethral Involvement.

ethral treatments should be stopped e acute symptoms subside. After comfort has been regained entirely, sure intravesical irrigations of potassi- nanganat solution should be given at of two or three days. Prostatic ations should be avoided until the lass of urine is clear.

J. of the Am. Med. Ass. 1940, Nr. 19.

Urology.

hnic and Results in Perineal statectomy.

'avis, Omaha, refers to certain factors nprove the technic of this operation cation of *Young's* original perineal y. The ultimate goal is the attain- nanent functional results.

l analysis of a large suprapubic pro- eries will show a large percentage of e incontinence.

es a distensible bag for hemostasis . After anatomic exposure without e rectal wall or external sphincter, ucleation of the hypertrophied lobes inverted V incision in the posterior ule, the perineal hemostatic drainage ed into the bladder through the ure- ves as a tractor to bring the bladder e tissues of the floor of the bladder ontinuing to use the bag as a tractor, rethral catheter in place, it is then rry out plastic closure of the tissues of the prostatic capsule and the bladder in such a manner as to control venous ooze and obliterate dead space, yet leaving a gap through which the collapsed bag may be slipped out after a forty-eight hours interval.

With the employment of this method, and by strict adherence to the principles of preliminary drainage and sacral block anesthesia it has been possible to maintain a 2.7 per cent mortality rate, while 89 per cent of the patients showed satisfactory urinary control and complete late functional results.

The J. of the Am. Med. Ass. 1940, Nr. 8.

Children Diseases.

32. Clinical Aspects and Therapy of Adiposal Gigantism.

Laurentius discusses the differential diagnosis of this peculiar disorder, a temporary obesity of the puberal age which is frequently mistaken for other disorders with a similar symptomatology but an entirely different pathogenesis.

Thirty-four cases are reported. The history revealed as a rule that the obesity began at the age of 9 or 10 years. With the exception of seven cases the food intake was not excessive; in ten cases it appeared to be deficient.

In a few instances the sudden increase in weight set in after a severe or prolonged illness. The general complaints of these children are usually slight. Occasionally they complain of fatigue

The clinical examination discloses an excess of fat particularly on the chest, abdomen, hips and thighs. The excess in weight of these children who vary in age between 9 and 14 years, amounts to from 5 to 26 kg. The height is on the average 12 cm above normal. The bony structure is surprisingly large and strong. This form of obesity is usually accompanied by a seemingly deficient sexual development.

Follow-up examinations, however, disclosed that the hypogenitalism is apparent rather than real. The smallness of the penis may be simulated by the excess of adipose tissue.

The circulatory organs are as a rule not impaired, and metabolic studies give evidence that the basal metabolic rate is important only in cases of thyrogenic obesity.

X-Ray examination of the sella turcica and inspection of the fundus oculi do not reveal any changes of these organs.

The etiology of adiposal gigantism is unknown but it is suggested that a temporary dysfunction or hypofunction of the thyroid, the hypophysis and the gonads play a part The disorder may be mistaken for adiposogenital dystrophy (Froehlich's syndrome). Differentiation is important in the interest of a correct prognosis which is favorable in adiposal gigantism but not in adiposogenital dystrophy. A G. differs from the purely exogenic type of obesity in that the growth in length is normal in the latter type.

The therapeutic procedures may improve the disorder by trying a restriction of calories and occasionally by endocrine treatment with Thyroid, Gonadal and anterior pituitary extra-

Kinderaerztl. Praxis, Leipzig, 1940

AN UNSERE LESER!

Die in dieser und der folgenden Ausgabe erscheinende Arbeit von **Prof. F. Reiss M. D.** ueber die **Dermatophytose der Haende und Fuesse** (*Hongkongfuss*) ist nach Erscheinen des letzten Teiles auch als *Sonderdruck* lieferbar. Bestellungen erbitten wir bis zum 15. Februar an den Verlag der "Medizinischen Monatshefte Shanghai (Shanghai Medical Monthly)", 78 Rte. des Soeurs. Preis in Shanghai NC-$ 1.20, ausserhalb 1.50 $

Der VERLAG.

Out Patient Department
138 Ward Road
Bericht vom 22. 12. 1940 - 18. 1. 1941.

	Maenner	Frauen	Kinder	Gesamt
Ordinationen:	1542	1178	323	3043
Visiten im Heim:	36	8	56	100
Besuche auswärts:	17	23	7	47
Infektionsfälle:	3	3	-	6
Spitalfälle:	18	12	5	35
Gesamt:	1616	1224	391	3231

Emigrants' Hospital
138 Ward Road
Dezember 1940.

	Manner	Frauen	Kinder	Gesamt
Zugänge	76	34	7	117
Entlassungen	69	39	6	114
Todesfalle	1	1	—	2
Kranken - Höchstbelag: 90 Patienten.				

J.R.C. Isolation-Hospital

680 Chaoufoong Road.

Krankenbewegung in der Zeit vom 27. Nov. 1940 bis einschl. 7. Januar 1941.

Krankenbelag am 27. November 1940
52 (29 Männer, 15 Frauen, 8 Kinder)

Zugänge 27. XI. 40 bis 7. I. 41. *85

137

Entlassungen 27. XI. 40 bis 7. I. 41 77

Krankenbelag am 8. Januar 41
60 (41 Männer, 16 Frauen, 3 Kinder)

*darunter:
Amöbendysenterie 25 (unter ihnen 10 Rezidive.)
Flexnerdysenterie 1
Typhus abdominalis 1
Typhus exanthematicus 8
Diphtherie 9
Influenza 9
Lungentuberkulose 6
Erysipel 1
Icterus gravis 2

der Rest: Gastroenterocolitis, Otitis media, Tonsillitis, Diabetes mellitus, unspezifischer status febrilis.

In der Berichtszeit gestorben:

ein Patient (Lungen- und Hirntuberkulose)

ein Kind (Perforationsperitonitis bei Typhus abdom.) nach der Ueberführung und Operation in einer chirurgischen Abteilung.

MITTEILUNGEN DES C. A. E. J. R.—MEDICAL BOARD.

Neue Ordinationszeiten für unsere Patienten :

Frau Prof. *Dr. F. Halpern* Donnerstags 10 - 11 Uhr im St. Luke's Hospital, 219 Kiukiang Rd

Dr. Z. H. Nieh (Augenheilkunde) 2 - 4 Carter Rd. Dienstag u. Freitag 2 - 5 p.m.

Dr. Franz Wiener (Urologie) 347 Hamilton House ist auch unter *Chirurgie* vorzumerken.

Die Herren Privataerzte werden gebeten, bei Ueberweisung von Patienten in unser Emigrants' oder Isolation - Hospital die Angehörigen darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich vor Einlieferung des Patienten mit unserem Disbursement - & Housing Dept., 66 Alcock Road (Tel. 52608) zwecks Bekanntgabe der Bedingungen in Verbindung setzen mögen.

Vereinigung der Spitals-und Heimaerzte.

28. Januar 1941, 8.30 p.m.:

Dr. A. W. Kneucker:

Prostata - Hypertrophie.

Saal des Wardroad - Heimes.

X - Ray Department

138 Ward Road.

Bericht für Dezember 1940.

	Durchleuchtungen:	Aufnahmen:
Thorax	52	11
Magen - Darm	16	5
Knochen - Gelenke	—	29
Zahnfilme	—	1
Gesamt	68	46

GEMEINSAME VERANSTALTUNG DES SHANGHAI PUBLIC HEALTH CLUB UND DER SHANGHAI MENTAL HYGIENE ASSOCIATION.

5. Februar 1941 im Y.M.C.A. - Bldg., 123 Blvd. de Montigny

7.15 p.m. Gemeinsames Dinner, nur für Mitglieder.
8.15 p.m. Allgemein zugänglicher Vortrag:

1. The Mental Hygiene Movement in China by Prof. G. Hart - Westbrook Ph. D.
2. Problems of Mental Hygiene from the Medical, Social and Educational Viewpoint by Prof. Fanny G. Halpern M.D.

RATES: Shanghai (local) NC-$ 10.00 one year
other places in CHINA NC-$ 12.00 one year
JAPAN, HONGKONG US-$ 1.00 one year
OTHER COUNTRIES US-$ 2.50 one year

Aus dem Inhalt der naechsten Hefte:

Dag. Flater, Ueber Ileus.

Fel. Gruenberger, Entwicklungstendenzen der Individualpsychologie.

F. Halpern, Neuro - Syphilis.

H. Lange, Zur Kollaps - Therapie der Lungentuberkulose.

D. D. Liang, Hormonveraenderungen in der Schwangerschaft.

P. C. Li, Endemische Krankheiten in China.

A. A. Loewenstamm, Roentgenuntersuchung vom Standpunkt des Praktikers.

E. Margoninsky, Fokal - Erkrankungen.

S. C. Pan, Ueber tropischen Bubo.

Fr. Wiener, Zur Indikation der operativen Behandlung der Galle.

Publisher and Proprietor: Dr. Kurt RAPHAEL, 78 Rte. des Soeurs.
Responsible for the editorship: Dr. Egon Goldhammer M.D.
680 Chaoufoong Road. Phone 51997.
Editor's office: Dr. Paul Salomon M.D.,
335 Wayside Road. Phone 50792.
Advert.-Dept.: Phil. Kohn, 810/27 E. Seward Rd. Phone 52629.
Printing: Centurion Printing Co., 90 Yuenfong Rd. Phone 513